

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 17

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

BLÉPHAROCHALASIS

(Travail de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Bordeaux).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 3 décembre 1928

PAR

René-Louis-Gabriel LANORE

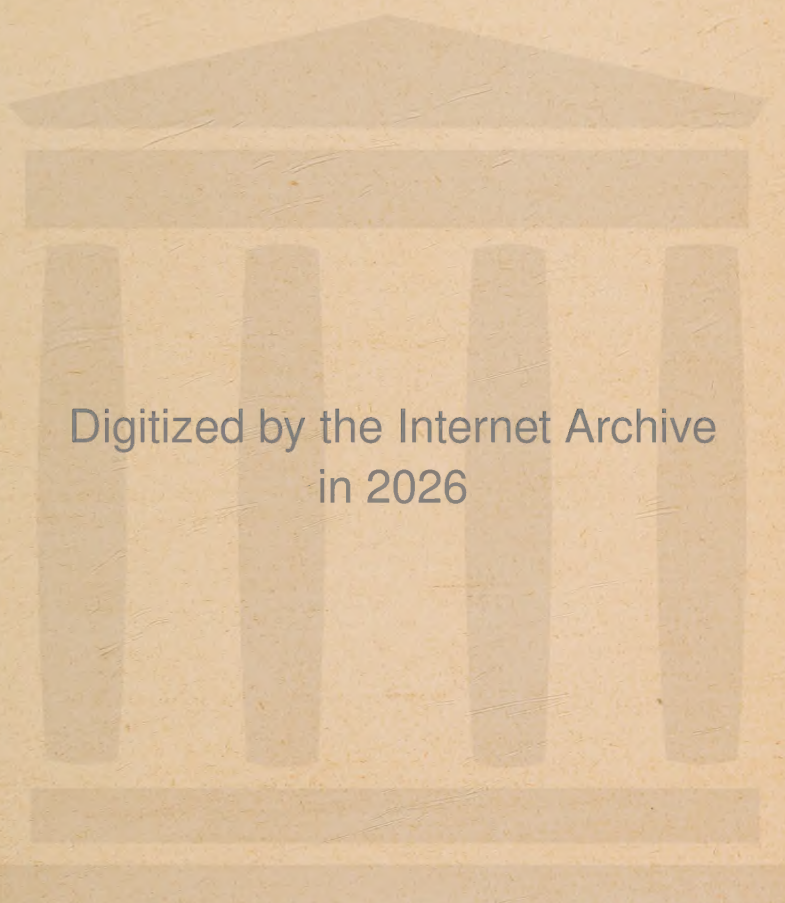
EXTERNE DES HÔPITAUX
ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à **TARBES** (Hautes-Pyrénées) le 17 septembre 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. TEULIÈRES, professeur	<i>Président.</i>
		LANDE, professeur	{ <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé	
		BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

—
1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0061

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 17

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

BLÉPHAROCHALASIS

(Travail de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Bordeaux).



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 3 décembre 1928

PAR



René-Louis-Gabriel LANORE

EXTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à **TARBES** (Hautes-Pyrénées) le 17 septembre 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. TEULIÈRES, professeur	<i>Président.</i>
		LANDE, professeur	{ <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé	
		BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothese et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

MAURICE LANORE

*Officier d'Académie,
Archiviste des Basses-Pyrénées,
Elève diplômé de l'Ecole des Chartes,
Ancien élève de l'Ecole des Hautes-Etudes,
Correspondant du Comité des travaux historiques du ministère
de l'Instruction publique,
de la Commission des Monuments historiques,
de la Société Nationale des Antiquaires de France.*

A MA MERE

En témoignage de mon affection et
en remerciement de son inlassable
dévotion.

A MA FIANCEE

A MA SOEUR, A MON FRERE

A MON ONCLE

GABRIEL CHESNEAU

*Inspecteur général des Mines,
Directeur de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines,
Commandeur de la Légion d'honneur.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIAUD
*Ancien interne des Hôpitaux,
Chef de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux.*

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT
ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A TOUS MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MES MAITRES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAGRANGE;

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUSSOUS;

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES

*Professeur de thérapeutique et de pathologie générales à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur honoraire,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PORTMANN

*Professeur de Clinique d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin Principal de la Marine (C. R.),
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne).*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VERGER

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUVIEUX

*Professeur agrégé d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine,
Ophtalmologiste des Hôpitaux,
Officier d'Académie.*

Témoignage de reconnaissance pour
son amabilité à notre égard et son aide
précieuse.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. TEULIERES

*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance, et nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse. Qu'il veuille bien accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

BLÉPHAROCHALASIS

INTRODUCTION

Le blépharochalasis est caractérisé par une ptose cutanée de la paupière supérieure avec intégrité complète de toute sa musculature.

Bien qu'il ait toujours été considéré comme une affection rare de la paupière supérieure, il semble cependant qu'il se rencontre bien plus fréquemment qu'on le croit, et sa rareté provient plutôt de ce que les malades qui en sont atteints, n'éprouvant pas en général une gêne réelle, ne viennent consulter que lorsqu'ils en sont vraiment incommodés.

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de blépharochalasis à sa clinique d'ophtalmologie de l'Hôpital Saint-André, M. le professeur Teulières attira notre attention sur l'intérêt qu'il y aurait à faire quelques recherches au sujet de cette curieuse affection, dont l'origine est mal connue.

Nous avons pu constater ainsi que les examens anatomopathologiques des divers auteurs ont donné des résultats sou-

vent très différents, qui ont permis d'émettre des hypothèses variées sur une pathogénie des plus obscures.

Nous avons examiné les pièces prélevées lors de l'opération de deux malades et nous avons fait, avec l'aide précieuse de M. le professeur agrégé Beauvieux, qui voulut bien s'intéresser à nous, une étude microscopique très détaillée, montrant des lésions intéressantes, mais qui ne nous permettent pas cependant d'élaborer une théorie nouvelle et précise sur l'origine du blépharochalasis.

Notre modeste travail s'attache surtout à l'anatomie pathologique; nous rapportons les observations qui nous ont paru les plus caractéristiques, en particulier celles qui ont donné lieu à une étude histologique.

Nous y avons joint trois observations personnelles. Toutes trois sont dignes d'intérêt, car l'une a trait à un blépharochalasis congénital, ce qui est relativement rare, et les deux autres, les malades ayant demandé l'intervention, nous ont permis de faire notre examen anatomo-pathologique.

Nous avons divisé notre travail en huit chapitres :

- 1° *Historique;*
 - 2° *Observations;*
 - 3° *Anatomie pathologique;*
 - 4° *Etiologie et pathogénie;*
 - 5° *Symptomatologie et diagnostic;*
 - 6° *Pronostic et traitement;*
 - 7° *Conclusions;*
 - 8° *Bibliographie.*
-

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Connue depuis l'antiquité la plus haute, appelée Scharnak (de Scharnaka : couper) au moyen âge par les médecins arabes Abulkasis, Rhazès et Avicenne, l'affection que nous décrivons a reçu des auteurs qui l'étudièrent par la suite des dénominations variées, en rapport soit avec une hypothèse pathogénique, soit encore avec un symptôme caractéristique.

En 1832, Alibert appelle « Dermatolysie palpébrale » une localisation à la paupière supérieure d'une affection que l'on peut rencontrer à la face, au cou, à l'abdomen, aux grandes lèvres (tablier des Hottentotes) et qui proviendrait d'une altération de la contractilité de la peau.

En 1844, Sichel dénomme le blépharochalasis « ptosis adipeux »; il y aurait pour lui accumulation de graisse dans le tissu cellulaire palpébral, ce qui amènerait la chute de la paupière.

Mackenzie en 1848, et Arlt en 1854, lui donnent le nom de « ptosis hypertrophique ».

En 1896, Fuchs lui donne le nom de blépharochalasis, relâchement des paupières (*ελέφαντος χάλασις*) et en décrit la symptomatologie.

En 1900, ayant noté dans ses examens une augmentation du calibre des vaisseaux, Rohmer l'appelle « angiomégalie des paupières ».

Frenkel, en 1903, se basant sur le symptôme caractéristique, lui donne le nom de « paupières en besace ».

En 1903, Lodato reprend la dénomination de Fuchs. L'an-

née suivante, Terson revient à la dénomination d'Alibert : « dermatolysie palpébrale ».

Proust, en même temps, fait une étude détaillée de la question.

Puis Scrini (1906), Lafon et Villemonte en 1907, rapportent des cas de blépharochalasis avec dacryoadénoptose. Ces auteurs, ainsi que de Lapersonne (1906) et Bach (1906), lui conservent l'appellation de Fuchs, blépharochalasis, qui est depuis lors la seule employée pour désigner l'affection.

Oré, dans sa thèse de 1907, ajoute des données nouvelles à la pathogénie du blépharochalasis.

Lœser (1908), Laffer (1909), donnent des observations.

Bresson, en 1913, fait une étude détaillée et rapporte un examen anatomo-pathologique intéressant; il conclut en considérant le blépharochalasis « comme le seul symptôme visible de lésions différentes » et croit qu'« il faudrait peut-être admettre qu'il y a plusieurs classes de blépharochalasis ».

Depuis, bien des auteurs ont rapporté des cas de blépharochalasis, et ont trouvé à l'examen microscopique des lésions variées.

Gaucher et Gougerot, en 1914, étudient ses relations avec différentes affections cutanées telles que le lichen, la sclérodermie, le lupus erythémateux, l'urticaire, sans pouvoir affirmer de quelles lésions provient l'atrophie cutanée et les poussées d'œdèmes que l'on peut observer souvent dans le blépharochalasis.

Stieren (1914), Jenison (1915), Randolph (1916), relatent des observations.

Heckel, en 1921, trouve de l'atrophie et une diminution des fibres élastiques.

Verhoeff et Friedenwald, en 1922 et 1923, ont fait une étude détaillée, et constatent surtout des lésions vasculaires, et pensent que ces lésions pourraient offrir une explication pathogénique de la question.

Enfin, dans notre étude histologique, nous trouvons des modifications du système vasculaire, mais rien ne nous autorise à voir en elles le *primum movens* de l'affection.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous allons donner d'abord un certain nombre d'observations qui sont suivies d'un examen histologique de façon à grouper les différentes lésions que les auteurs ont rencontrées; ensuite nous relaterons d'autres observations, qui ont un intérêt, parce qu'elles montrent bien que l'affection se développe *surtout* sur des terrains franchement nerveux ou chez des malades présentant des troubles trophiques plus ou moins manifestes.

I

OBSERVATION I.

(PROUST, *Ptosis palpébrale*, thèse Paris, 1904.)

Jeune fille de 17 ans. Début de l'affection : brusque gonflement des paupières supérieures. Depuis, des exacerbations et des régressions incomplètes. Peau amincie, flasque, formant un pli retombant sur les cils. Plaques de vitiligo sur la partie antérieure du cou, la nuque et la joue droite; mains et pieds toujours froids et de teinte violacée; craintive, nerveuse, facilement irritable; constipation habituelle; a été traitée par des bains électriques sans résultat appréciable. Corps thyroïde normal. Opération, après laquelle il reste un épicanthus externe bilatéral.

Histologiquement, peau amincie, sans dégénérescence; pas de graisse dans le tissu palpébral enlevé.

OBSERVATION II.

(PROUST, thèse Paris, 1904, p. 11.)

H... (Albert), 17 ans. Vers l'âge de 5 ans, on remarque un gonflement et une rougeur des paupières supérieures. On incrimine une piqure d'insecte. Le gonflement augmente jusqu'à 14 ans, sans douleur, et augmente aussi quand le malade court et joue beaucoup. Avant l'opération, le bord ciliaire est complètement caché par le bourrelet que forme la peau. Rien aux différents appareils. Ablation d'un fuseau de peau. Résultat opératoire très satisfaisant.

Examen histologique. — Fixation : sublimé, inclusion dans la celloïdine. Les coupes sont colorées par l'hématéine, l'éosine ou le carmin, le picrocarmin, et montées au baume. La peau ne présente rien de spécial, sauf de l'amincissement portant sur toutes ses couches. D'une façon générale, les préparations contiennent dans leur partie superficielle des fibres musculaires striées, du tissu conjonctif et des fibres élastiques. Les mailles du tissu sont agrandies, élargies, dissociées et, dans certains points, on trouve un exsudat qui ressemble à de l'œdème. Les vaisseaux sont normaux et assez abondants. La partie la plus intéressante des coupes est constituée par la couche profonde, qui est formée par du tissu adipeux. Ce tissu est d'autant plus abondant que l'on va des extrémités au milieu du fuseau qui a été enlevé. Il est représenté par des aréoles de forme ovalaire ou polyédrique, sensiblement égales comme dimensions; elles ont perdu leur contenu adipeux par suite du passage dans les différents réactifs. Ces aréoles sont organisées en lobules limitées par des cloisons. Dans l'épaisseur des cloisons entourant ou séparant les lobules, on aperçoit des vaisseaux nombreux et souvent volumineux.

En résumé, la production pathologique est située au-dessous de l'hypoderme et est constituée par du tissu adipeux lobulé et très vascularisé.

OBSERVATION III.

(LODATO [Palerme], *Archives d'ophtalmologie*, 1904.)

La malade, âgée de 20 ans, est très nerveuse, souffre de bouffées de chaleur à la figure, qui se renouvellent pour un rien, et de douleurs à la région orbito-palpébrale droite, siège de la lésion. Les phénomènes vaso-moteurs existent aussi sur la peau de la figure, du cou, de la partie supérieure du thorax, etc. La peau de la paupière malade est réséquée et préparée pour l'examen histologique.

Examen anatomo-pathologique. — Les parties les plus profondes et sous-cutanées du derme sont représentées par un tissu très flasque et raréfié, formé par des faisceaux conjonctifs entre-croisés, formant un réticulum à larges mailles. Sur quelques coupes, une mince lacune sépare les portions profondes du derme du reste du tissu conjonctif sous-cutané. La couche épidermique est un peu plus mince que normalement. Les couches moyennes et profondes sont peu distinctes; plusieurs de leurs noyaux sont entourés par une couche claire et transparente, tandis que dans quelques cellules le noyau manque ou bien est ratatiné et refoulé sur le côté. La couche dermique est amincie, les papilles aplaties, par-ci, par-là, absentes, les faisceaux conjonctifs éloignés l'un de l'autre, dans quelques endroits en voie de fusion, les cellules fixes très rares. La raréfaction du tissu dans quelques points est telle qu'elle a déterminé des lacunes de dimensions variables. On y voit, en outre, des petits foyers hémorragiques et des taches de pigment hématique.

Des altérations sont notées aussi dans les fibres du muscle orbiculaire sous forme de prolifération des noyaux et d'altérations de la fibre, qui par-ci par-là, n'est plus striée mais presque homogène, parfois amincie avec noyaux minces et allongés. Les altérations s'étendent aussi aux vaisseaux capillaires du derme et du tissu sous-cutané, qui se montrent entourés d'un manchon formé par une infiltration parvicellulaire; quelques veines sont obstruées par des thrombus de globules blancs; l'endothélium vasculaire est partiellement ou totalement perdu. On note encore une diminution très marquée des fibres élastiques; les fibres restantes se montrent morcelées,

parfois réduites à de petits fragments. Les points où le fil élastique est le mieux conservé sont les follicules pileux. Autour des pelotons des glandes sudoripares, le tissu élastique se comporte d'une façon caractéristique, car quelques traits du peloton présentent un anneau élastique complet, d'autres en sont complètement dépourvus. Il n'y a pas d'alération des nerfs.

Le cas de l'auteur diffère de ceux que l'on rencontre habituellement par la présence d'un léger ptosis, que l'on dut corriger par une opération.

OBSERVATION IV.

(SCRINI, *Archives d'ophtalmologie*, juill. 1906.)

Jeune homme de 18 ans, père éthylique. Impétigo de la face et du cuir chevelu à 6 mois; laryngite à 3 ans; furonculose et conjonctivite folliculaire à 5 ans. Les paupières paraissent déjà gonflées. A 7 ans, rougeole, puis troubles digestifs avec accès de migraine, pendant lesquels la face se congestionne; en même temps, les paupières deviennent gonflées, violacées, pesantes, difficiles à relever. La fluxion palpébrale disparaît avec l'accès migraineux, mais, après chaque crise, on remarque que les paupières sont plus tombantes. A 8 ans, albumine dans les urines. A 10 ans, on essaie une séance d'électrolyse; à 14 ans, on institue un traitement d'hydrothérapie et de médication tonique : les troubles digestifs, les accès migraineux et les crises d'œdème des paupières supérieures cessent, mais la ptose est définitive. Ce jeune homme est nerveux et timide. Il se présente avec le front ridé, les sourcils relevés; sillon orbito-palpébral en partie disparu et même remplacé à sa partie externe par une voussure légère qui semble formée par un petit corps dur, allongé et aplati, mobile en haut, qui rappelle tous les caractères de la glande lacrymale. Le bord libre de la paupière supérieure, surtout à gauche, est recouvert par un pli qui se porte d'abord de dedans en dehors et de bas en haut, sans empiéter sur le bord ciliaire, puis, changeant brusquement de direction, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors et cache le bord libre de la paupière. Pli formé par peau flasque, mince, tranchant par sa coloration pâle sur les régions voi-

sines. Yeux gônés par cette ptose; réfraction myopique. Ablation d'un lambeau cutané.

Examen histologique. — Ce lambeau est fixé par les vapeurs osmiques, puis dans le Müller; inclusion dans la celloïdine et coloration à l'hématéine et à l'éosine.

L'épiderme, très mince, présente une coloration noire, due à l'acide osmique. Les trois couches, couche génératrice, corps muqueux, couche granuleuse du corps muqueux de Malpighi, sont bien visibles. Rien de spécial à signaler. On y voit, interrompant normalement les deux couches, la coupe des poils, auxquels sont annexées des glandes sébacées normales et les canaux d'excrétion des glandes sudoripares normales. Il est impossible de trouver une limitation exacte entre le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans les espaces interpapillaires, s'enfoncent des fibres élastiques, nombreuses, normales, formant un feutrage assez serré. Sur les parties qui correspondent aux enfoncements du corps muqueux dans le derme, les fibres élastiques sont beaucoup moins abondantes et moins serrées. C'est ce qui donne à la peau un aspect atrophique, et il ne fait pas de doute que le derme est aminci et que, de ce fait, la résistance de la peau est diminuée. Au-dessous, fibres élastiques peu abondantes et du tissu conjonctif, mais très peu de graisse. On constate un développement exagéré du système veineux : les veines sont nombreuses, volumineuses, gorgées de globules sanguins.

En résumé : diminution des fibres élastiques, très peu de graisse et développement exagéré du système veineux.

OBSERVATION V.

(SCHMIDT-RIMPLER, *Fett. Hernien der Oberen Augenlider Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, oct. 1899, p. 297. — Observation résumée par ORÉ, thèse Bordeaux, 1907.)

Jeune fille de 19 ans. Gonflement des paupières supérieures, surtout depuis trois ans. Gonflement intermittent. La mère présentait la même affection. Un bourrelet circonscrit un peu oblique et de forme ovale se trouvait au-dessus de l'angle interne de l'œil, à

l'endroit où, chez les vieillards, on remarque souvent des saillies; ce bourrelet était de consistance molle. La peau de la paupière supérieure présentait une multitude de petits plis, comme si l'œdème avait disparu soit spontanément, soit sous l'influence d'applications humides.

Opération. — Après l'excision d'un lambeau de peau ovulaire, on peut remarquer qu'immédiatement au-dessous d'elle il y avait une fente à travers le muscle orbiculaire, par laquelle faisait hernie un bourrelet de graisse de l'orbite recouvert par l'aponévrose. La brèche du muscle, à travers laquelle, sur la paupière droite, passaient encore quelques fibres musculaires, avait une longueur d'environ 6 millimètres sur une hauteur d'environ 5 millimètres, mais elle avait notablement été élargie par la hernie du paquet graisseux. Après incision du fascia aponévrotique, la graisse fit saillie; par la pression, on pouvait en faire sortir autant qu'on voulait. L'état était le même sur les deux paupières. Après excision de la graisse, on réunit l'aponévrose et le muscle par des points de suture, puis la peau fut réunie par-dessus.

Après guérison, le bourrelet médian circonscrit avait disparu; cependant, étant donnée sa longue distension, la totalité de la peau de la paupière supérieure s'avancait encore plus qu'à l'état normal; elle présentait l'aspect de cette anomalie des paupières que Fuchs a décrite sous le nom de blépharochalasis, et qui avait l'aspect de papier à cigarette froissé.

L'examen histologique de la peau excisée ne présenta rien de particulier.

OBSERVATION VI (Résumée).

(Bresson, Clinique ophtalmologique du professeur ROLLET. — ROLLET et GENET, *Lyon médical*, 29 juin 1913. — Observation complétée par BRESSON).

H... (L.), 15 ans. Garçon de café, parents en bonne santé, rien du côté des yeux; pas de consanguinité. Personnellement, rien jusqu'à l'âge de 10 ans. A ce moment, brusquement, les paupières subissent

une croissance exagérée. L'examen complet du malade ne révèle rien de particulier.

Examen des paupières. — A droite comme à gauche, paupières inférieures intactes. Les paupières supérieures présentent un aspect particulier : à gauche, peau lisse, fine, sans plis horizontaux, quelques plissements verticaux, semblant dus à des contractions fibrillaires; peau flasque formant bourrelet reposant, sur tout le bord libre de la paupière, sur la base des cils. Les muscles fonctionnent normalement. Tout se passe comme si la peau avait été distendue. A droite, même aspect, mais du côté interne, la peau est entraînée plus bas qu'à gauche; à ce niveau, on sent une petite granulation de la grosseur d'un pois, d'une mobilité telle qu'il n'a pas été possible de l'extraire : c'est une véritable souris orbitaire, par analogie avec les corps étrangers articulaires si difficiles à saisir. Le malade, pour éviter un peu le ptosis, contracte son frontal et penche la tête en arrière.

Ablation d'un lambeau de peau en forme de côte de melon : résultat excellent.

Examen microscopique. — L'examen histologique ne montre rien d'anormal dans le lambeau de peau excisé. On trouve un épithélium normal, une couche sous-papillaire avec un tissu conjonctif délicat, formée de faisceaux conjonctifs très peu serrés, mais plus gros que d'habitude. Pas de trace de formation adipeuse sous le derme. Autour des vaisseaux, gaine connective, riche en cellules. Dans le derme, nombreuses cellules pigmentaires.

Il n'y a ni dégénérescence ni atrophie des formations collagènes et des fibres élastiques.

OBSERVATION VII.

(HECKEL, *Américan Journal of ophthalmology*, Chicago, 1921.)

L'auteur rapporte un cas de blépharochalasis avec ptosis. Cette observation est intéressante à cause de l'examen histologique du fragment palpébral excisé, qui comprend la peau, le tissu sous-cutané et le tissu adipeux. Il y avait un épaissement de la couche cornée avec nombreuses couches de cellules plates; atrophie des papilles du derme, absence de tissu adipeux, dans le chorion; la cou-

che réticulée était atrophiée et manquait de fibres élastiques. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, il y avait de vastes espaces entre les fibres comme s'il avait existé de l'œdème.

OBSERVATION VIII.

(F.-H. VERHOEFF et J.-S. FRIEDENWALD, *Archives of ophthalmology*, vol. LI, n° 6, nov. 1922.)

Mlle G... (Marie), 20 ans, a été vue pour la première fois le 25 septembre 1921. Elle se plaignait d'un développement remarquable de ses paupières supérieures, survenu soudainement trois ans auparavant. Elle déclarait qu'un jour elle avait beaucoup pleuré et que, dans la soirée, ses deux paupières étaient devenues très enflées. Le lendemain, elle fut étonnée de voir que cette bouffissure n'avait pas disparu. Dans le cours de ces trois années, ce gonflement avait graduellement augmenté. Aucune autre altération ne fut notée.

La peau des paupières supérieures était très délicatement ridée, lâche et surabondante, et avait le même aspect que celle des personnes âgées, dont le tissu graisseux a disparu, mais en plus les paupières supérieures étaient légèrement enflées. Au palper, la peau était molle et lisse et ne contenait pas de nodule. Par ailleurs, les yeux étaient sains et les champs visuels normaux. Réfraction :

$$\text{O. G. : (} 90^{\circ} - 0,50) - 0,75 \text{ V} = \frac{10}{40} \text{ fort;}$$

$$\text{O. D. : (} 105^{\circ} - 1,25) - 1 \text{ V} = \frac{10}{40} \text{ fort.}$$

Diagnostic clinique : Blépharochalasis.

Le 14 octobre 1921, sous anesthésie locale, on excise à chaque œil une bande elliptique de peau et de tissu cellulaire sous-cutané, s'étendant sur toute la largeur de la paupière et aussi large que possible. Il y eut un énorme gonflement post-opératoire et les paupières restèrent enflées. Trois mois après l'opération, il y avait encore

beaucoup de gonflement et on pouvait voir sur la peau des deux paupières supérieures un grand nombre de petites taches blanchâtres et de nombreuses petites veines dilatées.

La malade fut revue pour la dernière fois le 26 juin 1922. Son état n'avait pas changé et ses paupières étaient encore nettement enflées. L'examen général n'a montré aucun trouble cardiaque ni rénal, non plus que de myxoedème.

Examen anatomo-pathologique (résumé). — Epithélium aminci, d'épaisseur uniforme; absence presque complète de saillies épithéliales interpapillaires; hyperplasie et vacuolisation de bien des cellules basales et de cellules épineuses, chorion moins épais que normalement et de structure moins dense que d'ordinaire. Pas de diminution dans le tissu élastique. Le caractère pathologique le plus remarquable a trait aux capillaires et aux petits vésicules : augmentation de nombre; quelques cellules endothéliales bombent dans la lumière, par suite de leur hyperplasie qui s'accompagne parfois de vacuolisation. Autour de ces veinules, accumulation de cellules, « dont le protoplasma finement réticulé forme un syncytium, et celui-ci dessine des ponts avec le protoplasma des cellules endothéliales revêtant les lumières », ce qui montre l'origine endothéliale de la prolifération cellulaire périvasculaire. Au milieu de certains amas de ces cellules, il y aurait des capillaires néoformés.

OBSERVATION IX.

(F.-S. FRIEDENWALD, *Archives of ophthalmology*, vol. LII, n° 4, janv. 1923.)

B... (W.), nègre, cultivateur, âgé de 50 ans, arrive à la clinique du « Baltimore Eye, Ear and Throat Charity Hospital », le 21 septembre 1922, se plaignant de démangeaisons des yeux. Son histoire familiale et personnelle n'apprit rien qui puisse expliquer son état. Il ne savait pas à quel moment ses paupières commencèrent à devenir lourdes, mais, dit-il, elles étaient ainsi « depuis longtemps ». L'irritation le gênait pendant un temps qu'il ne peut définir, puis il éprouvait des périodes de calme relatif. Les deux paupières supé-

rieures formaient des poches flottantes. La surface de la peau des deux paupières paraissait normale. Cette peau était soyeuse, souple, ne donnant pas l'impression qu'il puisse y avoir un œdème; elle était couverte de nombreuses rides. Il semblait y avoir une déficience du tissu connectif sous-cutané. La peau en surplus formait un repli qui s'étendait un peu plus bas que le bord ciliaire et recouvrait la moitié supérieure du champ pupillaire. Les cils du tiers externe des paupières supérieures étaient retournés à l'intérieur, de sorte qu'ils frottaient constamment contre les cornées et produisaient l'irritation pour laquelle le malade venait rechercher du soulagement. Les conjonctives des deux yeux étaient très rouges. Les deux cornées montraient des zones opaques qui ne se teignaient pas à la fluorescéine, et qui provenaient sans aucun doute du trichiasis. Ces lésions étaient plus marquées à gauche qu'à droite. Les deux fentes palpébrales étaient plus étroites que normalement (blépharophimosis). Les pupilles et les fonds d'œil étaient normaux.

Le 6 octobre, sous anesthésie locale à la novocaïne à 10 p. 100, le tissu en excès fut enlevé à la paupière gauche et le trichiasis corrigé. Le malade quitte l'hôpital douze jours après, son état s'étant manifestement amélioré. Il promet de revenir pour l'observation et l'opération de l'œil droit, mais il ne revint pas.

Examen anatomo-pathologique. — Le tissu fut fixé dans le formol et inclus dans la paraffine. Les coupes furent colorées à l'hématoxyline et à l'éosine et par le colorant des tissus élastiques de Wright.

L'épithélium était d'épaisseur normale, mais beaucoup de cellules épithéliales, et principalement les cellules basales, montraient une vacuolisation marquée. Il y avait des saillies épithéliales interpapillaires, mais moins nombreuses que normalement. Excepté les altérations des vaisseaux sanguins, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané semblaient normaux.

Il n'y avait pas de diminution dans le tissu élastique. Presque tous les capillaires étaient entourés par une gaine de prolifération endothéliale contenant de nombreux capillaires néoformés.

Le tableau pathologique de ce cas confirme pleinement les conclusions des cas précédemment rapportés (Obs. VIII).

OBSERVATION X (Personnelle).

Mme B..., âgée de 56 ans, exerçant la profession de ménagère, vient en juillet 1928 à la consultation du Service d'ophtalmologie de M. le professeur Teulières parce qu'elle y voit mal de l'œil droit depuis un an environ et que ses yeux pleurent continuellement. On pratique l'examen de la malade et on constate la présence d'une cataracte au début à droite et, des deux côtés, de la myopie forte ainsi que des lésions de sclérochoroïdite postérieure. En regardant cette femme, on s'aperçoit en outre qu'elle a une déformation des paupières supérieures; elle explique à ce sujet qu'elle éprouva un soir une sensation de picotement des yeux, sensation qui disparut par un bain d'œil avec de l'eau de camomille; mais depuis ce jour-là elle remarque que ses paupières supérieures tombent et elle éprouve de temps en temps une lourdeur des paupières qu'elle compare à la gêne que produirait une barre appuyant sur ses yeux.

Les antécédents, aussi bien personnels qu'héréditaires, ne révèlent rien de caractéristique.

Pour y voir droit devant elle, la malade est obligée de rejeter légèrement la tête en arrière. Ses paupières supérieures sont rouges, tombantes; les sourcils sont relevés, surtout dans leur partie externe; la malade contracte son frontal.

En pinçant la peau de la paupière entre le pouce et l'index, on a l'impression qu'elle n'est pas épaissie, mais au contraire fine et lâche. Cette peau, lorsque la malade ouvre doucement les yeux, au lieu de suivre comme normalement le mouvement d'élévation de la paupière, reste au contraire à peu près immobile et retombe comme un sac, que la palpation montre complètement vide, en avant du bord ciliaire, qui remonte derrière elle et disparaît même complètement lorsque la malade a les yeux grands ouverts; ce qui montre qu'il n'y a pas de ptosis et que le releveur est intact.

Quand les yeux sont fermés, on a l'aspect d'un gros bourrelet plongeant en avant, ayant au-dessus et au-dessous de lui une grande quantité de petits plis, et se prolongeant vers zigoma. Ce bourrelet descend plus bas du côté externe que du côté interne et il recou-

vre en dehors le bord libre de la paupière. Si on tire légèrement sur la peau qui le constitue, on trouve que cette peau, outre sa finesse, présente une laxité considérable, se laissant facilement étirer, et reprenant son aspect de sac vide dès que l'on cesse toute traction.

La malade accepte l'intervention, qui, en supprimant son affection disgracieuse, lui permettra de regarder devant elle sans être obligée de tenir sa tête constamment relevée.

Le 25 juillet 1928, opération de l'œil gauche, sous anesthésie locale. On résèque un lambeau cutané de la paupière supérieure en forme de côte de melon; on fait en plus une petite résection complémentaire du côté externe où la ptose cutanée était plus accusée. Suites opératoires excellentes; le faux ptosis est bien corrigé.

Le 1^{er} août 1928, ablation d'un morceau de peau de la paupière supérieure droite, formant raquette du côté externe, et d'un petit lambeau de tissu cellulaire sous-cutané. La malade quitte le service huit jours plus tard, complètement guérie de son blépharochalasis double. Elle reviendra en temps voulu pour se faire opérer de la cataracte.

Examen anatomo-pathologique. — Les pièces de cette malade, ainsi que celles provenant de la jeune fille qui fait le sujet de l'observation suivante, ont été fixées et colorées et ce sont elles qui nous ont permis de faire l'examen histologique détaillé que l'on trouvera au chapitre *Anatomie pathologique*.

OBSERVATION XI. (Personnelle.)

Mlle P..., âgée de 21 ans, exerçant la profession de vestonnière, consulte M. le professeur Teulières le 28 septembre 1928 parce qu'elle présente un gonflement des paupières qu'elle trouve disgracieux.

Le début de l'affection remonterait à l'âge de 12 ans, âge où apparurent les premières règles. A ce moment, une analyse d'urine pratiquée pour une cause que l'on ne peut préciser, révèle un peu d'albumine. La malade suit un régime et tout rentre dans l'ordre.



FIG. I. — Blepharochalasis bilatéral avant l'opération.



FIG. II. — Après l'opération : la ptose cutanée a disparu, les paupières ont leur aspect normal.

C'est à cette époque qu'elle s'aperçut de l'augmentation de volume de ses paupières, mais elle n'en ressentit aucune gêne. Depuis, cette augmentation de volume semble subir des fluctuations; elle s'accroît au moment des époques menstruelles ou lorsque la malade a les yeux fatigués par un travail prolongé, et s'accompagne en ces circonstances de rougeur des paupières.

Lorsque nous voyons cette jeune fille, nous remarquons que ses paupières sont rouges et que leur peau tombe comme un sac vide en avant et arrive au niveau du bord libre, cachant en partie les cils. Cette peau semble pendre au-devant de l'œil et du bord ciliaire comme un rideau qui serait suspendu au niveau des sourcils, qui sont assez élevés et très arqués. Les sillons orbito-palpébraux ont disparu totalement, aussi bien du côté droit que du côté gauche.

Au palper, on sent des globes oculaires assez saillants, recouverts par une paupière supérieure à la peau très fine, d'une laxité remarquable, semblable à de la baudruche, dont elle a l'élasticité et la minceur. Il ne semble pas qu'il y ait actuellement de l'œdème, bien que la malade ait la sensation d'avoir des paupières lourdes.

Lorsque les yeux sont fermés, les paupières ont l'aspect de deux coques rouges faisant saillie en avant et retombant, bien que l'occlusion des yeux soit complète jusqu'au niveau du bord libre. De profil, cet aspect de coques est encore plus caractéristique. Ces lésions, rougeur, laxité de la peau, pli plongeant en avant, sont plus marquées du côté gauche que du côté droit, surtout à sa partie externe.

Quand la malade ouvre les yeux, on voit le bord libre de la paupière supérieure disparaître derrière le pli cutané tombant en tablier au-devant de l'œil, masquant le tiers supérieur de l'iris du côté droit, et couvrant la moitié supérieure du champ pupillaire, du côté gauche.

Les mouvements des paupières ne sont nullement gênés, les muscles fonctionnent normalement; le releveur de la paupière et l'orbiculaire ne sont pas intéressés. L'ouverture de la fente palpébrale est régulière. Tout se passe comme si la peau de la paupière supérieure avait été distendue et avait perdu son adhérence aux plans profonds, ceci étant particulièrement visible à la partie toute supé-

rière de la paupière supérieure, puisqu'il y a disparition du sillon orbito-palpébral.

La malade est très nerveuse, facilement irritable; elle a remarqué que lorsqu'elle avait froid, ses paupières enflaient; ses mains sont constamment moites, sensibles au froid et présentent fréquemment des engelures l'hiver. La nuit, elle est très souvent couverte de sueurs abondantes.

Il n'y a pas d'antécédents pathologiques en dehors d'une affection pulmonaire dont on ne peut préciser la nature et complètement guérie actuellement.

Dans sa famille on ne relève aucune maladie importante. Elle seule présente une blépharochalasis. Cependant, elle prétend que tous ses parents ont des paupières un peu grosses. ,

Opération. — Le 13 octobre, du côté droit, résection cutanéopalpébrale en demi-lune allongée. Le 19 octobre, même chose du côté gauche. Le 27 octobre, la malade quitte le service complètement guérie.

Les pièces ont été préparées en vue d'un examen histologique sur lequel nous reviendrons au chapitre III, comme nous l'avons déjà dit.

II

Bien des auteurs ont attribué au terrain nerveux une place prépondérante dans le développement du blépharochalasis. Les observations qui suivent viennent à l'appui de cette théorie, que nous rapportons au chapitre *Etiologie et pathogénie*, et nous y joignons deux observations de blépharochalasis congénital.

OBSERVATION XII.

(FEHR, *Centralblatt für Augenheik*, mars 1898.)

Jeune fille âgée de 21 ans, très nerveuse. A 13 ans, gonflement brusque et volumineux des paupières supérieures en une nuit. Les années suivantes, nouveaux gonflements toutes les six à huit semai-

nes, puis plus fréquemment. Depuis trois ans, le gonflement ne se reproduit plus. Actuellement, aux deux yeux, pli de la peau au-devant du bord libre de la paupière, peau mince, rosée, sans élasticité.

Opération : Très bon résultat.

OBSERVATION XIII.

(LODATO GAETANO, *Clinica oculistica della R. università di Palermo*, 1903.)

C... Maria, âgée de 20 ans. Terreur à 13 ans, depuis grande émotivité, craintes pour des causes futiles. Six mois plus tard, elle eut quelques convulsions. Quelque temps après, gonflement oedémateux des paupières supérieures, gonflement qui augmente graduellement, et, après une série d'oscillations, finit par constituer une véritable difformité. En même temps, les troubles nerveux augmentent. Enlèvement du pli cutané constituant la difformité.

OBSERVATION XIV.

(TERSON, *Archives d'ophtalmologie*, juin 1904.)

Jeune fille de 18 ans, très nerveuse, mais sans crises ni affection névropathiques. Depuis l'enfance, la peau de la paupière supérieure gauche présente une extension et une chute disgracieuse, survenues sans causes appréciables. Téguments rosés, minces, pendant en poche jusque sur les cils. Distension lorsque la malade éprouve une émotion vive. Refuse toute intervention.

OBSERVATION XV.

(TERSON, *Archives d'ophtalmologie*, juin 1904.)

Employé de commerce 20 ans 1/2. Le début de la maladie remonte à l'âge de 14 ans, et le malade se rappelle que c'est à la suite d'un bain froid trop prolongé que ses paupières lui parurent

gonflées et lourdes. Depuis, la lésion s'est accentuée; crises d'hyperhémie et de distension causées par le froid et plus fréquentes quand le malade est atteint de bronchite. Il prétend que les compresses d'eau chaude diminuent le gonflement. Il se dit très émotif, mais ne présente rien de particulier à l'examen du système nerveux. La peau des paupières, très mince, pend en sac jusque sur les cils, elle est de coloration gris jaunâtre, sans veines apparentes.

OBSERVATION XVI.

(TERSON, *Archives d'ophtalmologie*, juin 1904.)

Mlle X..., 22 ans. Déformation typique rappelant celle qui est causée par des dacryoadénites bilatérales et symétriques. Gonflement à l'occasion des efforts et des émotions. Malade sujette à des crises nerveuses. Elle ignore la date du début du mal et refuse toute intervention.

OBSERVATION XVII (Résumée).

(ORÉ, thèse Bordeaux, 1907.)

Le malade B... (Fernand), âgé de 23 ans, est atteint de broncho-pneumonie tuberculeuse. Les paupières offrent un aspect particulier : normales dans leur tiers interne; au tiers moyen, le sillon orbito-palpébral disparaît peu à peu et fait place à une saillie qui va en augmentant. Au niveau du tiers externe, véritable repli cutané, formant une besace légèrement renflée, qui apporte une gêne notable à la vision en obturant la moitié de la pupille; pour découvrir cette pupille, le malade est obligé de contracter énergiquement son frontal.

Le malade déclare qu'il a toujours entendu dire dans sa famille qu'il avait ces déformations dans le plus jeune âge. Jamais de phase de congestion, d'œdème ou de douleurs. Ses besaces ont toujours eu le même volume et la même consistance. L'intervention chirurgicale n'a pas été proposée, étant donné l'état général du malade.

Donc blépharochalasis un peu particulier puisqu'il est congénital; n'a jamais subi d'accroissement et n'a jamais présenté de phénomènes inflammatoires ou les poussées d'œdème, qui sont la règle en pareil cas (ORÉ).

OBSERVATION XVIII.

(PROUST, thèse Paris, 1904, p. 20.)

Mme D..., 50 ans, 17 enfants, dont deux seulement vivants, toujours bien portante mais nerveuse et se mettant facilement en colère. A 17 ans, après une dispute avec ses sœurs, elle se réveille les paupières gonflées et rouges. Cet état dure quelques jours. Depuis, nouvelles poussées, survenant après des disputes ou à l'occasion de ses grossesses. En 1895, elle est opérée d'un entropion des deux paupières supérieures, mais il y a récurrence, et, neuf ans plus tard, on l'opère pour entropion des quatre paupières. A la suite de l'opération, les bords libres des quatre paupières sont bien corrigées, mais on constate une dermatolyse palpébrale bilatérale. La peau, flasque, ridée horizontalement, retombe en besace sur le bord libre supérieur. La malade ne veut pas être opérée.

OBSERVATION XIX (Résumée).

(Ch. LAFON et VILLEMONTÉ, *Archives d'ophtalmologie*, oct. 1906.)

Il s'agit d'un homme âgé de 43 ans qui, après avoir dormi près d'une fenêtre ouverte, constate à son réveil que sa paupière supérieure gauche est gonflée et que son œil est rouge, larmoyant et douloureux. A l'examen, qui a lieu huit jours plus tard, on voit que la peau est tendue, rouge, augmentée de volume, surtout dans sa portion externe. Le sillon orbito-palpébral a disparu à ce niveau; dans la région lacrymale, petite tumeur en forme d'olive, dure, paraissant s'enfoncer dans l'orbite. On porte le diagnostic de dacryo-adénite aiguë et l'on applique des compresses chaudes. Cinq jours plus tard, il n'y a plus de phénomènes inflammatoires, mais il existe la déformation caractéristique du blépharochalasis : pli cutané en forme de tablier descendant sur le bord ciliaire, surtout à la partie externe. A la palpation, on trouve à l'intérieur du pli un petit corps

dur qu'on réduit très facilement dans l'orbite, où il semble retenu par un pédicule : il s'agit d'une glande lacrymale orbitaire ectopée.

On constate à droite une déformation analogue de la paupière, mais ici il n'y a pas eu de phénomènes inflammatoires; la peau est très fine, pâle, et laisse transparaître des vésicules bleutées. Pas de glande lacrymale dans le pli.

Des deux côtés, le malade est obligé de contracter son frontal pour découvrir sa pupille. Cette malformation existe depuis l'enfance, mais s'est accentuée en vieillissant. Jusqu'à ces jours-ci, il n'avait jamais remarqué d'œdème ni de congestion des paupières.

Sa mère et son grand-père maternel présentaient une malformation analogue; en outre, un de ses cinq enfants présente, d'une manière très nette, le pli caractéristique.

OBSERVATION XX.

(GAUCHER et GOUGEROT, Société de dermatologie et de syphiligraphie, Paris, 1914.)

Homme de 24 ans, comptable, toujours bien portant, atteint de deux sortes d'affections cutanées : 1° Une dermatolyisie palpébrale compliquée de poussées œdémateuses; 2° Une éruption de lichen sur les avants-bras et le dos.

1° La paupière supérieure gauche est le siège d'une dermatolyisie ou atrophie cutanée. Toute la paupière supérieure est envahie, formant une sorte de hernie plissée de rides, qui fait une saillie disgracieuse quand l'œil est ouvert. Lorsque l'œil est fermé, on voit que l'atrophie est nettement limitée en haut par une ligne semi-circulaire parallèle au sourcil, et qu'elle s'étend en bas jusqu'au bord libre de la paupière. La peau atrophiée est fine, rose violacé, laissant transparaître les veinules hypodermiques. Certains points sont plus pâles que d'autres; un petit angiome capillaire rouge vif de un millimètre de diamètre fait tache à la partie supérieure. Des macules pigmentées de lentigo analogues à celles qui parsèment le reste de la figure ajoutent leur teinte brune à ce fond rose violacé pâle; la peau est lisse, non squameuse; souple, mollassée, amincie à

la palpation; lorsqu'on tire l'épiderme, il s'étire comme un élastique, puis quand on lâche le pli cutané ainsi produit, il revient à son état antérieur.

Cette lésion se complique parfois de poussées œdémateuses subites, fugaces, de cause inconnue, et c'est à l'occasion d'une de ces poussées que le malade est venu nous voir. L'œdème, peu douloureux, ne détermine qu'une tension locale, et parfois de la rougeur de la conjonctive; il coïncide avec des troubles généraux légers, mais manifestes : fatigue, embarras gastrique, langue saburrale, parfois rhumes; il disparaît en laissant une teinte jaunâtre analogue à celle d'une ecchymose; peut-être y a-t-il en effet un peu de sang épanché à l'occasion de la fluxion œdémateuse. Le mécanisme de ces œdèmes reste obscur. Ils semblent toutefois se ranger dans les urticaires larvées; en effet, le malade dit avoir facilement de l'urticaire cutanée banale à la suite de séjours dans une salle insuffisamment aérée, à la suite d'émotions..., etc.; il a plusieurs fois souffert des bourses durant cinq à six heures.

Le début de cette dermatosie est obscur. Elle n'existait pas dans l'enfance, et c'est à la suite d'une poussée œdémateuse, à l'âge de 16 ans, que le malade l'a remarquée; depuis, elle s'accroît insensiblement, mais il ne saurait dire si cette progression lente est aggravée par les poussées œdémateuses.

Dans le dos, le malade présente deux taches arrondies légèrement déprimées, rose violacé, qui sont peut-être des plaques d'atrophie commençante.

2° Les avant-bras et le dos sont tachetés de nombreuses petites papules de un demi-millimètre à un millimètre de diamètre, rose brunâtre, plates, brillantes, polygonales, qui semblent appartenir au lichen plan. Le malade ne peut préciser leur début exact, il s'en aperçoit, car démangeaisons; muqueuses indemnes.

OBSERVATION XXI (Personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé BEAUVIEUX.)

Mme S..., âgée de 52 ans, présente, aussi bien à droite que du côté gauche, un bourrelet de peau au niveau de ses paupières supé-

rieures. La malade prétend qu'elle a remarqué depuis très longtemps cette anomalie, et assure qu'elle a toujours entendu dire qu'elle était ainsi depuis sa plus tendre enfance.

En examinant attentivement ses paupières, on voit qu'elles forment un pli épais, retombant en avant et atteignant même, du côté droit, le bord ciliaire. A gauche, la lésion est moins accentuée; le bord libre n'est pas caché par la ptose cutanée. Des deux côtés, la moitié externe des paupières supérieures est plus atteinte que la portion interne. La peau est fine et lâche, montrant par transparence de petites veinules. Ce bourrelet n'a pas augmenté sensiblement de volume, mais, depuis quelque temps cependant, il paraît s'accroître, et les paupières supérieures donnent une impression de lourdeur à la malade.

L'examen de l'œil ne montre aucune lésion par ailleurs; on trouve simplement de la myopie, facilement corrigée par un verre approprié:

$$\begin{array}{ll} \text{O. D.} = - 1,75 & \text{V} = 10/10 \\ \text{O. G.} = - 1,50 & \text{V} = 10/10 \end{array}$$

Les antécédents de la malade ne révèlent rien de particulier au point de vue de la question qui nous intéresse. Il y a trois ans, elle a été opérée d'une tumeur au sein droit.

Le père de cette femme présentait une malformation analogue.

L'intervention proposée a été refusée.

Le point intéressant de cette observation de blépharochalasis réside en ce fait que l'affection est ici congénitale, ce qui est relativement rare. (Cf. Oré, Obs. XVII.)

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les divers examens histologiques qui ont été faits par un grand nombre d'auteurs ont presque toujours donné des résultats dissemblables au sujet de la lésion prédominante, cause de la ptose de la peau de la paupière supérieure. Après avoir rappelé rapidement la structure normale de la paupière, nous rapporterons dans une courte analyse les lésions observées par les principaux auteurs et nous ferons ensuite un examen détaillé des pièces prélevées lors de l'opération des malades de nos observations X et XI.

STRUCTURE NORMALE DE LA PAUPIÈRE. — 1° *La peau*, très fine et très mince, présente poils et duvet, glandes sébacées peu développées, nombreuses glandes sudoripares, mais de petites dimensions. Elle est formée d'un épithélium malpighien stratifié et d'un chorion. On y trouve, bien plus qu'en toute autre région du corps, de grosses cellules pigmentaires, munies çà et là de prolongements isolés (Waldeyer);

2° La couche celluleuse sous-cutanée, formée de tissu conjonctif lâche, très pauvre en graisse, se laissant facilement infiltrer;

3° Une couche musculaire à fibres striées, formée par l'orbiculaire des paupières;

4° Une couche celluleuse sous-musculaire; tissu conjonctif lâche;

5° Une couche fibreuse, comprenant une portion marginale

formée par les tarses et une portion périphérique constituant les ligaments larges des paupières;

6° Couche musculaire lisse, formant le muscle palpébral et le muscle palpébral inférieur de Müller;

7° Couche muqueuse, formée par la conjonctive palpébrale.

La première étude anatomo-pathologique du blépharochalasis fut faite par Fehr en 1898, qui appela l'attention sur l'atrophie marquée de toutes les parties de la peau, la disparition de ces coins épithéliaux qui, normalement, s'enfoncent entre les papilles, et la dilatation des vaisseaux. Il nota la présence de cellules chargées de pigments et émit l'idée que ce pigment pouvait être d'origine hématique. Les fibres élastiques étaient de moindre épaisseur que d'ordinaire, mais en nombre normal.

Fuchs, en même temps, trouve lui aussi une peau amincie, un tissu cellulaire lâche et friable, des vaisseaux nombreux, dilatés, remplis d'hématies, mais il lui semble que les fibres élastiques forment un réseau plus lâche, et sont moins nombreuses qu'habituellement.

Pour Schmidt Rimpler, la peau est normale, mais il rencontre de la graisse dans la besace.

Dalen vit, au contraire, davantage de fibres élastiques, et, près des vaisseaux à parois normales, et des follicules pileux, il trouve de petits amas cellulaires.

Pour Lodato (Obs. III), l'épiderme est aminci; autour des vaisseaux, dont l'endothélium est partiellement ou totalement perdu, infiltration parvicellulaire; enfin les fibres élastiques sont diminuées de nombre.

Terson voit une atrophie du derme et des fibres élastiques, avec des vaisseaux à lumière élargie.

Scrini trouve aussi une diminution des fibres élastiques et une exagération du système veineux.

Bresson, en 1913, émet l'hypothèse d'une dégénérescence des formations conjonctives ou élastiques (éléments de soutien), mais il y renonce, car elle ne fut pas vérifiée par ses

études anatomopathologiques. Il note autour des vaisseaux du derme une gaine connective qui semble spécialement riche en cellules, mais, dans ces régions, rien ne révèle un processus pathologique caractérisé. Dans tout le derme, nombreuses cellules pigmentaires, normales en cette région. Les formations connectives, spécialement collagènes, ne sont pas altérées. Les fibres élastiques sont fines, minces, nombreuses dans la couche papillaire et sous-papillaire du derme : réseau riche avec anastomoses. Donc, derme normal.

Weidler, en 1914, ne trouva aucun changement, excepté un œdème du chorion et une invasion du tissu par des petites cellules rondes.

On a apporté une grande attention aux vaisseaux sanguins, et les observateurs conviennent en général qu'ils sont dilatés et augmentés de nombre. Rohmer, ayant observé plusieurs cas présentant une forte dilatation des vaisseaux, proposa le nom d' « angiomégalie symétrique des paupières supérieures ». Von Michel, 1906, décrit une « prolifération périthéliale ». Stieren, en 1914, note un épaississement de l'adventice des capillaires, une hyperplasie générale des vaisseaux cutanés, et une augmentation notable de leur nombre.

Verhoeff et Friedenwald, en 1922 et 1923 (Obs. VIII et IX), ne trouvent pas de lésion des fibres élastiques, qui sont aussi nombreuses que normalement, et considèrent, comme caractère pathologique le plus important, la présence de cellules autour de la plupart des veinules et capillaires; ces cellules seraient d'origine endothéliale. « Il n'y a aucun doute, disent-ils, que le long de beaucoup de vaisseaux, l'aspect observé, est produit plus par un adventice que par une prolifération endothéliale, mais le fait que ces cellules locales forment un syncytium défini avec l'endothélium et que, parmi elles, certains auteurs trouvent des capillaires néoformés ou en voie de formation, laisse peu de doute sur leur origine endothéliale. » Ils notent, en outre, un amincissement notable de l'épithélium en certains points, et une vacuolisation d'un bon nombre de cellules basales.

Nous-même, enfin, avons pu faire, grâce à l'aide bienveillante de M. le professeur agrégé Beauvieux, une étude qui nous a permis de trouver des lésions vasculaires à peu près analogues à celles de Verhoeff et Friedenwald, mais, à part la vacuolisation cellulaire, l'épithélium nous a paru normal. Nous avons utilisé, pour cette étude, les coupes provenant des lambeaux de quatre paupières (Obs. X et XI). Nous avons pu obtenir ainsi un grand nombre de préparations que nous avons étudiées avec soin.

Les pièces ont été fixées, les unes au formol, les autres à l'acide osmique.

Les inclusions ont été faites dans la paraffine.

Comme coloration, nous avons employé, outre l'acide osmique (électif pour la graisse) :

1° La méthode de *coloration générale de Mallory*. Les noyaux, les muscles sont rouges; le tissu conjonctif est bleu; le sang et les membranes limitantes sont jaunes.

2° L'*hématoxyline-fuchsine picriquée de van Gieson*, pour l'étude du tissu conjonctif, qui apparaît en rouge vif; le tissu musculaire et le protoplasma sont jaunes; les noyaux sont noirs.

3° L'*hématoxyline fuchseline de Weigert*, pour examiner les fibres élastiques; celles-ci sont colorées en brun noir, les fibres conjonctives en rose rouge, les noyaux en noir, le protoplasma en jaune.

Examen anatomo-pathologique. — Une vue d'ensemble de la préparation permet de constater qu'aucune altération n'intéresse l'épithélium dont l'épaisseur est sensiblement normale. Il en est de même, d'ailleurs, des organes annexes, poils et leurs glandes.

Le derme, immédiatement sous-jacent à l'épithélium, présente également sa densité habituelle, c'est-à-dire que les faisceaux conjonctifs qui le constituent sont nombreux, tassés les uns contre les autres; cependant, signalons dès maintenant qu'il est sillonné par place de travées cellulaires anormales qui paraissent prendre naissance, non seulement autour des

vaisseaux, mais aussi des poils et des glandes pileuses annexes. Nous y reviendrons plus loin.

Plus profondément par contre, le tissu cellulaire donne l'apparence d'un tissu dissocié, tel celui que l'on rencontre dans l'œdème, c'est-à-dire que les faisceaux de fibres conjonctives et élastiques ont perdu cet aspect dense que nous venons de décrire; ils sont séparés les uns des autres, laissant entre eux de très grands espaces vides sans aucun élément anatomique si ce n'est les vaisseaux ou les fibres du muscle orbiculaire; les fibres de ce muscle sont également d'apparence dissociée, sans qu'il nous soit permis de dire s'il s'agit d'un *arte fac* ou d'une altération véritable.

En somme, il y a là une disposition anormale qui frappe dès le premier coup d'œil jeté sur les coupes et fait penser de suite que cette lésion peut jouer un rôle prédominant dans la pathogénie du blépharochalasis.

Si nous utilisons le gros grossissement, notre attention est attirée sur plusieurs points :

1° Un état vacuolaire de certaines cellules de l'épithélium;
2° Une dissociation très nette des faisceaux conjonctifs et élastiques, qui n'ont cependant subi aucune altération intrinsèque;

3° Une absence de tissu adipeux;

4° Une abondance peut-être excessive de vaisseaux sous-dermiques, en particulier de veinules;

5° La présence, autour des vaisseaux et de certains bulbes pileux, de manchons et de travées cellulaires que l'on retrouve d'une façon constante.

Nous allons examiner en détail chacun de ces points.

1° *Aspect de l'épithélium.* — Considérons l'épithélium en commençant par sa couche génératrice : la couche basale. Normalement, on sait que cette première rangée cellulaire est constituée par des cellules hautes et cubiques, reposant sur le derme et verticalement implantées sur la vitrée; leurs noyaux sont centraux et ovalaires, et on y rencontre du pigment. Ici, nous retrouvons cette disposition normale en bien des points

de la préparation, mais en beaucoup d'autres, les cellules sont gonflées, vacuolaires, de cubiques elles sont devenues arrondies ou ovalaires, leur aspect est clair, leur noyau, au lieu d'être central et de forme oblongue, est repoussé contre la paroi cellulaire et est plus ou moins aplati.

En certains points, ces cellules sont isolées et demandent à être recherchées; en d'autres, au contraire, presque toutes les cellules basales présentent cette vacuolisation.

Si nous examinons les autres couches de l'épithélium, nous voyons qu'elles sont sensiblement normales, mais que cet état vacuolaire se rencontre encore, quoique bien moins souvent, en quelques points de la couche de Malpighi; en ces points, c'est dans la région avoisinant la couche basale que ces cellules se trouvent le plus fréquemment, bien qu'on puisse en voir en plein milieu de la couche de Malpighi, et même dans les assises sous-jacentes ou *stratum granulosum* de Langerhans.

2° *Aspect du chorion*. — L'aspect du chorion, au fort grossissement, ne fait que confirmer ce que nous avons dit plus haut. Les faisceaux conjonctivo-élastiques constitutifs ont leur densité habituelle. L'épithélium repose donc sur un tissu dermique absolument intact, si ce n'est des formations cellulaires surajoutées qui le traversent et que nous décrirons dans un instant; au contraire, un peu plus profondément, la dissociation des faisceaux commence et s'accroît jusqu'au plan musculaire. Les vacuoles interfasciculaires sont larges, garnies de quelques éléments polynucléés et de quelques globules rouges, et partagées en logettes par des fibres à direction oblique. D'ailleurs, les faisceaux montrent que leurs éléments sont dirigés en tous sens et paraissent avoir perdu leur orientation parallèle, qui prédomine dans la structure anatomique normale. Donc, dissociation évidente de la trame.

Mais nous devons ouvrir ici une parenthèse importante : c'est que la dissociation n'entraîne pas la diminution pathologique des fibres conjonctives ou élastiques, surtout de ces dernières. Déjà, au moment de l'intervention chirurgicale, nous avons été frappé par ce fait que la languette cutanée exci-

sée s'enroulait fortement sur elle-même, ce qui était l'indice indiscutable de la conservation de son élasticité. Pour en être plus sûr, nous avons employé la coloration élective des fibres élastiques de Weigert.

(Fixation au formol, inclusion paraffine, puis coloration : 1° par la Fuchseline de Weigert, et l'Héματοxyline de Weigert pour colorer les fibres élastiques; 2° par le mélange de van Gieson pour colorer le fond. Les fibres élastiques apparaissent colorées en brun, tranchant ainsi sur la coloration rouge des fibres conjonctives). Cette coloration permet de constater que ces fibres élastiques, à propos desquelles les auteurs ont déjà trouvé des résultats si différents, étaient en aussi grand nombre que sur un fragment de peau normale et qu'il n'y avait aucune atteinte de leur agencement et de leur structure.

3° *Absence de tissu adipeux surajouté.* — Pour être certain que la ptose cutanée du blépharochalasis, n'était pas due à la présence anormale de tissu adipeux, nous avons mis en œuvre le procédé de fixation par l'acide osmique (fixation de la pièce par l'acide osmique. Les coupes sans aucune autre coloration sont deshydratées et montées au baume neutre. La graisse apparaît colorée en noir sur le fond incolore de la préparation).

Ce procédé nous a montré que, à part quelques pannicules isolés dans les couches profondes aux alentours du plan musculaire, il n'y avait aucune trace de cellules graisseuses dans le tissu sous-épithélial, notamment dans les interstices provenant de la dissociation du tissu conjunctivo-élastique.

4° *Abondance de vaisseaux sous-dermiques.* — En certains points de la préparation, on remarque la présence en quantité excessive de vaisseaux. Ces vaisseaux ont tous l'apparence de petites veines ou de toutes petites veinules; ils siègent uniquement dans le derme; le tissu conjunctif sous-jacent en renferme très peu. Nous n'insisterons pas davantage, car ces formations vasculaires n'offrent rien de particulier à signaler au point de vue structural.

5° *Présence autour des vaisseaux et de certains bulbes pileux de manchons et de travées cellulaires.* — En revanche, nous nous étendrons un peu plus sur des formations cellulaires tout à fait particulières qu'on rencontre sur les coupes; ce sont des manchons de cellules qui parcourent en tous sens la zone dermique et sous-dermique, les couches profondes du tissu conjonctif lâche en étant dépourvues. Ces travées de formes irrégulières ont l'aspect tantôt de boyaux plus ou moins allongés, tantôt d'amas à contours défiant toute description.

Elles semblent avoir comme point de départ :

a) les parois des vaisseaux mentionnés dans le paragraphe précédent;

b) les parois des bulbes pileux ou des glandes qui y sont annexées.

Le fort grossissement nous montre que ces travées sont formées de cellules de formes irrégulières dont le point de départ semble être une prolifération des cellules des parois vasculaires; elles sont pâles, peu colorées sauf le noyau, le protoplasma présente des vacuoles qui, par place, donnent à la cellule le même aspect vacuolaire que celui décrit à propos des cellules basales de l'épithélium. Comme on l'a bien décrit (Verhoeff et Friedenwald), ces cellules présentent des anastomoses protoplasmiques avec les cellules avoisinantes, ce qui exclut toute idée d'infiltration inflammatoire, périvasculaire ou périglandulaire. Quelques-unes de ces cellules bombent dans la lumière vasculaire.

Au niveau des bulbes pileux et des glandes, elles paraissent résulter d'une prolifération des cellules basales de la paroi, dans le tissu connectif ambiant.

En terminant, nous signalerons que nous n'avons jamais rencontré, au cours de nos examens histologiques, la présence d'aucune cellule du groupe inflammatoire, ni lymphocytes, ni mononucléaires, que ceux que l'on rencontre normalement.

Il résulte de toute cette étude anatomo-pathologique que les seules lésions que nous ayons rencontrées sont :

a) La dissociation et non la diminution des éléments constitutifs du tissu sous-dermique;

b) Un état vacuaire des cellules basales de l'épithélium;

c) Une prolifération des cellules des parois vasculaires et des bulbes pileux.

Par contre, aucune trace de tissu adipeux; les fibres élastiques existent, et, malgré leur dissociation dans les parties profondes du derme et le tissu sous-dermique, elles semblent être en nombre normal et avoir leur structure habituelle. Enfin bien que les fibres du muscle orbiculaire soient d'apparence dissociées, nous ne pouvons, comme nous l'avons déjà dit, préciser s'il s'agit d'une altération véritable de ce muscle.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

I. — Etiologie.

L'étiologie du blépharochalasis est incertaine. Il ne semble pas que le sexe ait une grande influence sur le développement de cette affection. Sur les 21 cas que nous rapportons, nous trouvons 11 femmes et 10 hommes. Cependant, les auteurs sont d'accord pour croire à une prédisposition du sexe féminin.

L'âge paraît avoir une plus grande importance; nous avons vu, d'après nos observations, que sur nos 21 cas, 17 malades étaient âgés de moins de 25 ans, et 4 seulement avaient, l'un 50 ans (Friedenwald, obs. IX), l'autre 56 ans (Obs. X, personnelle); le troisième 43 ans (Ch. Lafon et Villemonte, obs. XIX), et le dernier 52 ans (Obs. XXI), ce qui ne prouve pas d'ailleurs que l'affection n'existait pas depuis longtemps déjà. Par conséquent, il semble bien que le blépharochalasis sévisse surtout chez les jeunes.

Le terrain joue certainement un grand rôle dans l'étiologie de cette ptose cutanée; la plupart des sujets sont des névropathes ou tout au moins présentent une nervosité particulière : nos observations du deuxième groupe et les observations III, IV et XI du premier, nous montrent des cas de blépharochalasis survenant soit après une crise nerveuse, une colère, ou sous l'influence du froid, d'un effort. Enfin Scrini a signalé la présence de troubles digestifs et de migraines coexistant avec le blépharochalasis.

Signalons enfin qu'il peut être héréditaire (Schmidt Rimpler, obs. V; Lafon et Villemonte, obs. XIX), et quelquefois congénital (Oré, obs. XVII, et obs. personnelle XXI).

II. — Pathogénie.

Rien n'est plus obscur que la pathogénie du blépharochalasis. On peut dire que chaque lésion trouvée a donné le jour à une théorie nouvelle, mais aucune d'elle n'a permis d'établir l'origine et le processus de cette affection.

Quelques auteurs ont cru que la malformation palpébrale provenait d'une accumulation de graisse dans l'épaisseur de la paupière, et que de ce fait résulterait une distension des éléments de la peau qui produirait en quelque sorte son décollement d'avec les plans profonds. Proust, dans un cas (Obs. II), Schmidt Rimpler dans un autre (Obs. V), trouvent de la graisse dans l'épaisseur de la paupière. Mais cette graisse, d'où provient-elle? Dans le cas de Schmidt Rimpler, elle vient de l'orbite et il s'agit plutôt ici d'une hernie graisseuse; mais dans d'autres cas (Obs. II), où elle paraît s'être développée *in situ*, quelle en est l'origine? Faut-il admettre que le blépharochalasis est dû à une accumulation de graisse? C'est bien improbable, car la généralité des auteurs notent presque toujours dans leurs examens l'absence de tissu adipeux.

On a incriminé, avec plus de raison certainement, l'influence des poussées œdémateuses. Sous l'action des poussées répétées, il y aurait une distension de la peau telle qu'elle ne pourrait revenir à son état normal et tomberait en sac vide au-devant du rebord ciliaire. Ceci pourrait s'appliquer à un très grand nombre de cas (Obs. I, II, IV, XI, XII, XIII, XV, XVII, XX) débutant par une poussée d'œdème, ou qui se compliquent de ces distensions œdémateuses, mais non à tous les cas de blépharochalasis, et cela pour deux raisons : d'abord parce que bien des observations montrent qu'il n'y a eu, ni à l'origine ni au cours de l'affection, aucune pous-

sée oedémateuse (Obs. XVII, Oré) et ensuite, parce que bien des malades ont de l'œdème des paupières pour une cause quelconque (néphrite, etc.), qui ne présentent pas, à la suite, de blépharochalasis.

Terson pense qu'il existe à l'origine du blépharochalasis une lésion tropho-névrotique : « Comme d'autres auteurs, nous croyons que le trouble trophique relève vraisemblablement, sur un terrain névropathique et d'après certaines causes occasionnelles, d'une lésion tropho-névrotique dépendant du grand sympathique. Nous pensons que l'altération simultanée de la peau, des fibres lisses et élastiques et des vaisseaux, en provient et, de plus, nous attribuons la chute de la peau à l'atrophie et au relâchement des nombreuses digitations sous-cutanées (bien visibles sur les coupes sagittales de la base d'une paupière normale) que le muscle releveur envoie à la face profonde de la peau de la paupière supérieure qu'il soutient et attire en arrière chez les sujets sains. A cette *dégénérescence des filets suspenseurs de la peau plus encore qu'à la distension* cutanée, doivent aussi être attribuées la sensation de dédoublement de la peau et la ptose, souvent si marquée, en tablier, du feuillet cutané, privé de ses attaches profondes, décollé des adhérences que l'opération doit restituer. »

Ainsi donc, pour lui, le blépharochalasis serait dû à une lésion tropho-névrotique, évoluant sur un terrain névropathique provoquant l'atrophie des fibres lisses et élastiques. Cela est possible, un grand nombre de malades présentant (comme le montrent la plupart de nos observations du second groupe et les observations III, IV, XI, du premier) un état nerveux manifeste, mais non certain, car bien des auteurs constatent que les éléments de soutien sont normaux, et nous-même n'avons trouvé, comme on l'a vu, aucune modification dans le nombre et la nature des faisceaux conjonctivo-élastiques.

Enfin on s'est demandé s'il ne s'agissait pas là d'une lésion congénitale, plus exactement d'une malformation, dans la structure intime de la paupière supérieure, capable, sous

l'influence d'une cause intrinsèque ou extrinsèque, de produire la ptose cutanée. Le défenseur de cette théorie fut Scrini. Pour lui, il y a d'abord une anomalie congénitale dans la structure de la peau (plus de contractilité, ni élasticité), produisant un relâchement de cette peau. Alors, sous l'influence d'une cause occasionnelle, œdème, hernie graisseuse, troubles de l'innervation causés par une auto-intoxication gastro-intestinale, névralgie, migraine, froid, traumatisme, la peau deviendrait flasque et relâchée.

La bilatéralité des lésions, et les résultats des examens de Fehr, Lodato, Fuchs, qui montrent une diminution des éléments de soutien de la couche profonde du derme, viennent à l'appui de la thèse de Scrini. Mais elle a contre elle tous les auteurs qui trouvent des éléments de soutien normaux. Pourtant, s'il n'y avait pas une malformation congénitale à l'origine, qu'elle frappe dans certains cas les éléments conjonctivo-élastiques ou produise un trouble trophique ou structural qui nous échappe, comment expliquer que des gens atteints de fréquents œdèmes des paupières ne présentent aucun signe de blépharochalasis?

Bresson, qui n'a trouvé aucune dégénérescence des éléments de soutien, pense qu'il n'y aurait probablement pas de blépharochalasis idiopathique, mais tous seraient, si on pouvait arriver à le prouver, symptomatiques.

Enfin, récemment, Verhoeff et Friedenwald, trouvant une prolifération de l'endothélium vasculaire analogue à celle que nous avons décrite au chapitre *Anatomo-pathologie*, émettent l'hypothèse suivante :

« Nous avons dans ce cas un état pathologique de l'endothélium des capillaires et des veines, se manifestant par un gonflement et une prolifération des cellules endothéliales. Il n'y a naturellement aucune preuve que ceci soit la cause fondamentale de l'affection que nous décrivons, mais il est naturel de supposer qu'un endothélium si malade puisse présenter une altération de sa perméabilité et puisse ainsi, par défaut de nutrition, engendrer l'atrophie et l'œdème de l'épi-

thélium et du chorion, qui ont été décrits si fréquemment » En somme, il faudrait admettre que l'anomalie vasculaire est une malformation congénitale, amenant un défaut de perméabilité vasculaire, produisant sous une influence quelconque (froid, émotion, etc) une série de poussées d'œdèmes, qui détermine la ptose cutanée, par distension. Mais rien ne prouve que cette prolifération est la lésion fondamentale, et que c'est elle qui est à la base du blépharochalasis.

Il s'agit peut-être d'une altération congénitale de la structure de la peau de la paupière, altération que les nombreux examens histologiques n'ont pas permis de définir certainement, et qui se manifesterait chez des sujets nerveux ou présentant par ailleurs des troubles trophiques. Mais comme il n'y a rien de précis dans cette pathogénie obscure, nous ne sommes pas autorisé à conclure en ce sens.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

I. — Symptomatologie.

Dans la majorité des cas, le début du blépharochalasis a lieu brusquement; à la suite, disent la plupart des malades, d'un gonflement des paupières, qu'ils attribuent soit à une cause extérieure (froid, humidité), soit au contraire à une cause intime (chagrin violent, émotion, etc.), la peau palpébrale ne revient plus à son état normal. Quelquefois, il y a une série de poussées, après lesquelles la lésion s'accroît de plus en plus. D'autres fois, le début est insidieux, la lésion s'établit insensiblement sans que le malade puisse lui attribuer une cause quelconque. Enfin, dans certains cas, l'affection semble congénitale, les malades ayant toujours présenté la déformation caractéristique.

Lorsque nous examinons un malade porteur d'un blépharochalasis, nous sommes frappé par ce fait qu'il semble que le sujet ne puisse ouvrir complètement son œil, qu'il présente en somme un ptosis le plus souvent bilatéral; en lui demandant d'ouvrir largement ses yeux, nous voyons en effet que, malgré les efforts qu'il fait en contractant son frontal, il ne parvient pas à écarter ses paupières normalement; mais, en regardant d'un peu près, nous constatons que ce qui paraissait être un ptosis n'est en réalité qu'une apparence de ptosis;

ce n'est pas, en effet, toute la paupière qui rétrécit ainsi la fente palpébrale; mais seule la peau de la paupière qui retombe en avant du bord libre, en formant ainsi une sorte de rideau, derrière lequel monte et disparaît le rebord ciliaire.

La forme de cette ptose cutanée est caractéristique, et la dénomination de « paupière en besace » que Frenkel a donnée à l'affection suffit à la décrire; il semble, en effet, que la peau de la paupière, devenue trop grande, tombe au-devant de l'œil, en un repli plus ou moins volumineux, donnant l'apparence d'un sac vide. Cette peau, en outre, est fine, comme amincie; elle semble, lorsqu'on la pince entre deux doigts, bien plus souple et plus ténue que d'habitude; on l'a comparée à une feuille de papier à cigarette froissée; en outre, elle présente une laxité très grande, elle donne l'impression d'être décollée des plans sous-jacents et se laisse étirer comme un morceau de baudruche.

Souvent cette peau est rouge et laisse transparaître un grand nombre de petites veines bleutées.

Notons enfin que l'affection est en général bilatérale.

Il existe bien des degrés de blépharochalasis, quelquefois la ptose cutanée est si minime que les malades ne se sont jamais aperçus de leur malformation palpébrale, qui est découverte à l'occasion d'une autre affection oculaire pour laquelle ils viennent consulter. D'autres fois, au contraire, la ptose est si prononcée que le malade est obligé de contracter autant qu'il peut son frontal, ce qui cause un relèvement exagéré des sourcils, et des rides nombreuses sur son front, et que, même malgré cela, il se voit contraint parfois de rejeter sa tête en arrière pour conserver une vision normale.

Enfin le blépharochalasis est absolument indolore; on a noté quelquefois une légère réaction douloureuse lorsqu'il y a des poussées œdémateuses, mais par lui-même ce n'est pas une affection qui fait souffrir, et les malades ne viennent jamais consulter parce que cela leur fait mal; ils viennent en général pour une raison esthétique ou lorsque leur malformation ayant un développement exagéré devient une gêne réelle.

II. — Diagnostic.

En face d'un malade qui présente des paupières ayant l'aspect caractéristique de besaces, dont la peau amincie laisse transparaître des veinules; qui contracte son frontal, mais dont le releveur a conservé toute son intégrité; qui ne présente pas d'inflammation et ne souffre pas; le diagnostic de blépharochalasis s'impose.

La grosse erreur consisterait à prendre le blépharochalasis soit pour une hernie graisseuse, soit pour un ptosis, qu'il soit congénital ou acquis.

Dans la hernie graisseuse, il y a effacement du sillon orbito-palpébral par la graisse orbitaire qui fait saillie sous la peau et que la palpation révèle comme une tumeur molle qui fait défaut dans le blépharochalasis.

De plus, cette hernie graisseuse se rencontre de préférence chez les gens âgés et ne présente pas le godet caractéristique de l'œdème, que l'on trouve dans le blépharochalasis, lorsqu'il y a des poussées œdémateuses.

Le ptosis, ou blépharoptose, est la chute de la paupière supérieure, plus ou moins complète, suivant que le releveur est paralysé ou parésié. Pour faire le diagnostic, il faut se rappeler que, dans le cas de blépharochalasis, la paupière a conservé toute sa mobilité, et seule la ptose cutanée retombant au-devant d'elle fait croire à une déficience du releveur. Au contraire, dans le ptosis, il y a occlusion partielle ou totale de la fente palpébrale par la paupière supérieure, retombant inerte et lisse sur le globe oculaire, sans que le malade puisse la soulever volontairement; avec le doigt, on peut facilement découvrir le globe. Il faudra rechercher dans ces cas-là l'existence d'une syphilis, d'un tabès, d'un rhumatisme. D'autres fois, on aura la notion d'un traumatisme qui expliquera le ptosis; enfin les ophtalmies prolongées, telles que l'ophtalmie granuleuse, peuvent s'accompagner de ptosis.

Quelquefois, on sera en présence d'un faux ptosis, se ren-

contrant de préférence chez les gens âgés, et caractérisé par un relâchement de toute la surface cutanée, à développement lent, mais progressif. Enfin il ne faut pas oublier que le ptosis et le blépharochalasis peuvent coexister.

Si on voit le malade en période de poussée œdémateuse, il faudra se souvenir que, dans le cas de blépharochalasis, l'œdème arrive sans cause appréciable ou pour des causes minimes, et il disparaît très rapidement : il faudra faire le diagnostic avec les œdèmes d'origine inflammatoire, les œdèmes d'origine rénale et l'urticaire (quelquefois coexistence de blépharochalasis et d'urticaire; obs. XX).

L'éléphantiasis se reconnaîtra parce qu'il se présente comme un développement exagéré de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, formant une masse épaisse et rugueuse qui tombe en avant des paupières; à l'origine, on trouve souvent un traumatisme ou une inflammation; tandis que le blépharochalasis nous montre une peau mince et rose, le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas touché, et on ne note aucune inflammation ni traumatisme au début de l'affection.

Enfin, on ne confondra pas le blépharochalasis avec le lymphadénome (qui forme une tumeur dure et douloureuse, irréductible) ni avec un angiome (couleur violacée, augmente de volume avec les efforts, réductible), ni enfin avec un lymphangiome (variation de volume, couleur, tension, congénital, — accroissement rapide, tumeur dure, peau adhérente et infiltrée, — desquamation en plaque).

Enfin, on songera à une dacryoadénoptose, en se rappelant qu'elle peut coexister avec le blépharochalasis (Obs. IV, par exemple) et à cette affection des jeunes gens qui se caractérise par une peau ressemblant à celle d'un vieillard et que Charcot et Souques appellent géromorphisme cutané.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

I. — Pronostic.

Le pronostic du blépharochalasis est extrêmement bénin, l'affection n'offre aucun danger et se complique rarement.

Outre l'augmentation progressive, qui ne constitue pas à proprement parler une complication, on peut observer parfois une dacryoadénoptose (Obs. IV, XIX) ou de l'entropion : notre observation IX en est un exemple. Dans ce cas, le blépharochalasis peut se compliquer indirectement de lésions de la cornée. On n'a jamais rencontré de dégénérescence maligne. C'est une difformité qui peut, lorsqu'elle prend une trop grande extension, obturer complètement ou en partie le champ pupillaire, ce qui oblige les malades à tenir leur tête constamment relevée. Outre ces cas extrêmes, c'est une affection peu gênante mais inesthétique, qui amène souvent les malades au chirurgien, même dans les cas où ils n'en sont point incommodés.

II. — Traitement.

Le traitement du blépharochalasis est actuellement uniquement chirurgical.

Il aura pour but de supprimer le repli cutané, qui, tombant devant l'œil cause une déformation inesthétique de la

paupière supérieure et peut obstruer une plus ou moins grande surface du champ pupillaire, obligeant les malades à tenir leur tête en arrière pour voir droit devant eux.

L'acte opératoire consiste à enlever un morceau de la paupière supérieure en forme de côte de melon. On pourra quelquefois, comme on le fit dans le cas rapporté dans notre observation X, circonscrire le lambeau à enlever par une incision ayant la forme que nous venons d'indiquer, mais se prolongeant par une petite raquette externe car souvent la ptose cutanée est plus accentuée du côté externe que du côté interne.

On commencera par tracer l'incision inférieure, qui, devant épargner la base d'implantation des cils, s'étendra de l'angle interne à l'angle externe, mais en passant au moins à 4 millimètres du bord libre.

Suivant le degré de la ptose cutanée et, par conséquent, la hauteur du morceau à enlever, l'incision supérieure sera plus ou moins distante de la précédente.

Dans un deuxième temps, on suturera la peau. A ce sujet, certains auteurs pensent que, pour avoir un résultat parfait, il est absolument nécessaire de créer par des points profonds une adhérence entre la peau et les tissus sous-jacents. De là, Fuchs, Haab, comprennent dans leurs sutures le ligament suspenseur et le haut du tarse, ce qui crée l'adhérence souhaitée. Terson écrit en 1904 : « Si l'on se borne à une résection, la récurrence est facile et le résultat incomplet. De plus, la non-adhérence de la peau au plan profond ne restitue pas le pli normal de la paupière supérieure et ne s'oppose pas à la rechute... Après résection soignée, on aura soin de prendre dans la suture le ligament suspenseur et le haut du tarse en même temps que la peau (méthode de Fuchs, Haab)... On pourrait même parfois accentuer la traînée cicatricielle, dit-il plus loin, par une anse sous-cutanée remontant vers le sourcil, comme dans certaines opérations de blépharoptose. »

Bien des auteurs emploient ce procédé opératoire, et, en 1914, Bresson écrit : « On suturera la peau, en ayant soin de prendre dans les fils métalliques ou les crins le bord supé-

rieur du tarse, de façon à rétablir l'adhérence de la peau avec le plan profond. »

En fait, dans la pratique, la suture cutanée simple, faite aux fils de soie plutôt qu'avec des fils métalliques ou des crins, sans points profonds, est grandement suffisante et les deux malades opérées dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Saint-André par cette méthode nous ont montré que le résultat en était parfait, les surfaces cruentées formant dans la profondeur une cicatrice qui crée l'adhérence.

La seule anesthésie employée pour l'intervention est l'anesthésie locale, soit à la cocaïne, soit à la novocaïne. Il faut se mettre en garde contre la tendance que l'on pourrait avoir à vouloir enlever un lambeau cutané de surface relativement grande; il ne faut pas oublier que l'on opère sur des tissus distendus par le liquide anesthésiant, et *qui, de ce fait, semblent* encore exagérer la déformation palpébrale primitive causée par le blépharochalasis; il faut ôter juste le strict nécessaire, car sans cela on s'exposerait au risque de voir le malade présenter par la suite du lagophtalmos, ce qui serait un gros danger pour la cornée, et il pourrait se produire de l'ectropion, nécessitant ultérieurement une nouvelle intervention.

Certains, en particulier Rollet, préconisent la suture intradermique de la peau; il semble bien cependant que la suture ordinaire, à condition toutefois de bien affronter les surfaces cruentées, donne une cicatrice à peu près invisible, se cachant dans les plis de la paupière, et les malades relatées dans nos observations X et XI, chez lesquelles on avait fait la suture simple, ont montré un résultat esthétique parfait.

Le traitement général ne sera pas à négliger; certains auteurs (Scrini, Terson) pensent que le blépharochalasis serait développé chez des individus présentant des troubles toxi-névropathiques : nervosisme, névralgies, troubles dyspeptiques, auto-intoxications : (calmants du système nerveux, antiseptiques, laxatifs, lavements, massages).

Enfin, au lieu du traitement chirurgical, on a essayé quelquefois les injections irritantes sous la peau de la paupière et

l'électrothérapie, mais ces méthodes n'ont pas donné de résultat satisfaisant.

L'opération sera contre-indiquée au moment des poussées œdémateuses.

Qui faut-il opérer? Terson disait que « l'opération des cas légers et des sujets fort âgés est toutefois à considérer comme une opération de complaisance ».

Actuellement, vu sa bénignité et la facilité avec laquelle elle peut être pratiquée elle est applicable à tout sujet qui la demande pour une raison esthétique, et elle est indiquée quand l'affection est une gêne réelle pour la vision normale

Les récives sont rares.

CONCLUSIONS

I. — La rareté du blépharochalasis provient de ce que les malades ne viennent pas consulter pour une affection dont ils ne souffrent pas et qui les gêne fort peu. Nous sommes persuadé que, si on le recherchait systématiquement, on le rencontrerait bien plus fréquemment, en particulier chez les sujets présentant une grande excitabilité de leur système nerveux.

II. — Les lésions nouvelles que les études anatomo-pathologiques ont permis de décrire dans ces dernières années, et que nous avons retrouvées dans nos examens (vacuolisation de cellules épithéliales, surtout prolifération de l'endothélium vasculaire et des cellules basales des bulbes pileux et des glandes) sont peut-être le *primum movens* de l'affection, mais rien ne nous autorise à conclure en ce sens, et leur découverte ne paraît pas éclairer beaucoup la pathogénie du blépharochalasis.

III. — De diagnostic facile, grâce à sa symptomatologie simple et caractéristique, on ne confondra pas cette ptose purement cutanée avec les affections diverses qui s'accompagnent d'un gonflement ou d'une chute de la paupière supérieure, et, en particulier, le ptosis, où la paralysie du releveur est la lésion fondamentale, et la hernie graisseuse, surtout fréquente chez le vieillard.

IV. — Le pronostic est des meilleurs, et le traitement, étant donnée sa bénignité, sera appliqué à tout malade qui le demandera pour raison esthétique ou par nécessité.

La suture simple, après résection d'un lambeau cutané plus ou moins grand, plus facile et plus rapide que la suture intradermique, semble en général amplement suffisante.

VU : BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. TEULIERES

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 22 novembre 1928.

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Doyen délégué,

P. COUSIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — Monographie des dermatoses, t. II, p. 719, 1835.
- ANDRIEU. — *Gaz. médicale de Picardie*, 1885.
- ARTL. — *Handbuch der Augenheilk*, von Graefe und Soemisch, Bd. 2, p. 454.
- ASCHER (K. W.). — *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, Stuttg., 1920, LXV, 86-98.
- AYERS (W. M.). — Blépharochalasis. *Lancel, Clinic*, Cincin., 1913, CX, 610.
- BACH. — Über Symetrische Lipomatosis der Oberlider (Blepharochalasis). *Arc. f. Augenheilk*, LIV, p. 73, 1906.
- BLACK. — *Am. of ophth.*, V, xxiv, p. 404; V, xxv, p. 399.
- BENEDICT. — *J. am. M. Ass. Chicago*, 1926, I, xxxvii, 1735-1739.
- BERARDINIS. — Blefarocalasis. Contributo clinico ed anatomico. *Annli di Ottalm.*, XXIV, p. 841, 1903.
- BRESSON. — Thèse Lyon, 1914.
- BESMER, BROcq et JACQUET. — La pratique dermatologique, article *Dermatolysie* (Marcel Sée), I, p. 694.
- BOUTE. — Thèse Paris, 1902-1903.
- BOYD. — Abstracted in ophth. Year Book 1916, V, xiii, p. 297.
- BUSINELLI. — *Clinica moderna*, août 1896.
- CHARCOT et SOUQUES. — Géomorphisme cutané. *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, t. IV.
- COPPEZ (H.). — *Journal médical de Bruxelles*, 10 nov. 1898, p. 547.
- CORNIL et RANVIER. — *Traité d'anatomie pathologique*.
- DALEN. — Ein Fall von Blepharochalasis Mitteilungen aus der Augenlinik des carolinischen Medico-chirurgischen Instituts zu Stockholm. Heft. IV, Verlag von Gustav Fischer, in Iena, 1902.

- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, t. XXVII: Article *Dermatolysie*, par Bazin, 1869.
- FAGE. — L'éléphantiasis des paupières. *Arch. opht.*, Paris, 1924, I, II, 513-521.
- FEHR. — Ein Fall von Lidhaut. *Centralblat. f. Augenh.*, 1898, p. 74.
- FERRON. — De l'œdème aigu des paupières chez les jeunes sujets. Thèse Paris, 1902.
- FRENKEL. — Paupières en besace. *Toulouse médical*, 15 mars 1903.
- FRIENDENWALD (J. S.). — Furthe note on blepharochalasis. *Arch. of opth.* N. Y., 1923, L, II, p. 367.
- FUCHS. — Ueber Blepharochalasis (Erschlaffung der Lidhaut). *Wien med. Wochenschrift*, 8 déc. 1895.
- GAILLARD. — Œdème aigu idiopathique des paupières.
- GALEZOWSKI. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1877-1878.
- GAUCHER et GOUGEROT. — Bull. Soc. fr. dermat. et syph., 1914, XXV, p. 246-248.
- GINESTOUS. — Un cas de Blépharochalasis. *Gaz. heb. S. M.*, Bordeaux, juill. 1913.
- GUIET. — Thèse Bordeaux, 1892.
- HAAB. — Atlas des maladies externes de l'œil, édit. franç., par TERSON, pl. VIII et IX, 1899.
- HEEKEL (E.-B.). — Blepharochalasis with ptosis : report of a case *Am. J. opth.*, Chicago, 1921, 3 s., IV, 273-275.
- JENISON (Nancy). — Blepharochalasis. *N. York. M. J.*, 1915, 6ii, 555.
- LAFFER. — Blepharochalasis : a report of a case of this trophoneurosis involving also the upperlid. *Cleveland med. J.*, March. 1909.
- LAFON et VILLEMONT. — *Archives d'ophtalmologie*, oct. 1906.
- LAFFORGUE. — Les neuromes plexiformes de la paupière supérieure.
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite (lipomes et dermolipomes), 1904.
- LAGRANGE et VALUDE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, t. V, 1906.
- LAPERSONNE (De). — Rapport sur le travail de Serini. Société d'opht. de Paris, 12 juin 1906.

- LE CALVÉ. — Thèse Paris, 1904.
- LODATO. — Blefarochalasis. *Arch. di ott.*, Palermo, 1903.
- LOESER. — Über Blepharochalasis und ihre Beziehung zu verwandten Krankheit bildern nebst. Mitteilung eines Falles von Blepharochalasis mit spontan luxation der Tranendrüse. *Arch. f. Augenheilk.*, LXI, p. 252, 1908.
- Doppelseitige Blepharochalasis (Berlin Opht. Gessellsch). *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, p. 203.
- MACKENSIE. — A pratical treatise on se diseases of the eye, 4^e éd., p. 454, 1854.
- MASSON. — Contribution à l'étude de l'angiomégalie symétrique des paupières supérieures. Thèse Nancy, 1903.
- MICHEL (Von). — Berliner oph. Ges. Sitz. 5. 1906. I., 18.
- Graefe Saemisch Handh. d. gesant. Augenheilk 2nd éd., V, v, part. 2, p. 130.
- NESSE. — *Klinische Monatsblaetter fur Augenheilk.*, 1903.
- ORÉ. — Blepharochalasis. Thèse Bordeaux, 1906-1907.
- PANAS. — Leçons de clinique opht. Paris, 1903.
- PICK. — *Deutsche med. Woch.*, 1899.
- PROUST. — Thèse Paris, 1904.
- RANDOLPH. — A case of blepharochalasis, a variety of dermatolysis. *Tr. Am. oph. Soc. Phila.*, 1916, XIV, 518, 1 pl.
- RANDOLPH. — *Ophth. Rec. Chicago*, 1916, XXV, p. 616-618.
- ROEMER. — Congrès international de médecine de Paris, 1900.
- De l'angiomégalie symétrique des paupières supérieures, *Archives opht.*, août 1900, XX, 407-432.
- ROLLET et GENET. — Blepharochalasis bilatéral. *Lyon méd.*, juin 1913.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie.
- SCHMIDT-RIMPLER. — Fett. Hernien des oberen Augenlieder. *Central f. Augenh.*, 1899, p. 297.
- SCIMENI. — *Bull. S. S. met et nat.*, Cagliari, 1907, n° 4.
- SCRINI. — *Archives ophtalmologie*, juill. 1906.
- STIEREN. — Blepharochalasis, report of two cases. *Tr. Am. oph. Soc. Phila.*, 1914, XIII.
- SICHEL. — Un cas de Blépharochalasis. *Arch. opht.*, XXVI, 1906, p. 440.

TERSON. — *Archives opht.*, 1904.

UNNA. — *Articles Elastici* und *Eläcin*, p. 94; *Kolastin* und *Kollacin*, p. 421. *Gahresbericht für anatomie*.

VERHOEFF et FRIEDENWALD. — *Arch. opht.*, N. Y., 1922, II, 554-559.

VIDAL et LOLOIR. — *Traité descriptif des maladies de la peau*, II, 1889.

WANGENMANN. — Ein Fall von doppelseitiger Ptosis adiposa bei einem 16 Jarigen jungen Manne. *Ber. Vers. Opht Gesellsch.* (p. 274).

WIEKEREKIEWICZ. — *Wien. med. Wochensch.*, 1898.

WEIDLER. — Blepharochalasis report of two cases with the microscopic examination. *Marchattan Eye Ear et Throat Hosp.* N. Y., 1914, XV, 123-146.

